

- delijk werkend EKD. www.jeugdengazin.nl; 2007.
- 5 Van Weel-Baumgarten E, Blaauw J, Cox M, Drenthen T, Lijding Th, Sporrel T, et al. NHG-Standpunt toekomstvisie GGZ in de huisartsenzorg. Utrecht: NHG, 2007.
 - 6 Geneeskundige Adresgids Nederland 2006-2007. Houten: Bohn Stafleu van Loghum, 2007.
 - 7 Lucassen PLBJ, Olde Hartman TC. Kwalitatief onderzoek. Praktische methoden voor de medische praktijk. Houten: Bohn Stafleu van Loghum, 2007.
 - 8 Wester F. Analyse van kwalitatief onderzoeksmateriaal. Huisarts Wet 2004;47:565-70.
 - 9 Cohidon C, Duchet N, Cao MM, Benmebarek M, Sibertin-Blanc D, Demogeot C, et al. La non-communication entre la médecine générale et le secteur de santé mentale. Santé Publique 1999;11:357-62.
 - 10 Bower P, MacDonald W, Sibbald B, Gerralda E, Kramer T, Bradley S, et al. Postal survey of services for child and adolescent mental health problems in general practice in England. Primary Care Mental Health 2003;1:17-26.
 - 11 Maheux B, Gilbert A, Haley N, Frappier JY. Adolescent care. Part 2: communication and referral practices of family physicians caring for adolescents with mental health problems. Can Fam Physician 2006;52:1442-3.
 - 12 Rushton J, Bruckman D, Kelleher K. Primary care referral of children with psychosocial problems. Arch Pediatr Adolesc Med 2002;156:592-8.

Implementatie

Verbeter uw verslaglegging, gebruik de EPD-scan-h

Lea Jabaaij, Khing Njoo, Stefan Visscher, Henk van den Hoogen, Waling Tiersma, Herman Levelink, Robert Verheij

Achtergrond

Weinig huisartsen zouden het elektronisch patiëntendossier (EPD) nog willen missen. Het EPD heeft veel voordelen: de gegevens zijn altijd leesbaar en op meerdere plaatsen toegankelijk, met de zoekfunctie kun je snel iets vinden, elektronische medicatiebewaking en elektronische gegevensuitwisseling tijdens ANW-diensten worden mogelijk gemaakt, enzovoort. Om deze mogelijkheden goed te benutten – en om de uitwisselbaarheid van de zorggegevens te waarborgen, wat van groot belang is voor de patiëntveiligheid – zijn er wel afspraken en regels nodig over hoe de gegevens moeten worden ingevoerd in het EPD. Het NHG heeft daarom de richtlijn *Adequate dossiervorming met het elektronisch patiëntendossier* (ADEPD) opgesteld. Deze richtlijn (de voorgaande versie heette *Adequate dossiervorming met het elektronisch medisch dossier*; ADEMD) geeft aanwijzingen voor een goede, uniforme registratie.¹ De standaardberichten tussen de verschillende disciplines binnen de eerstelijnszorg (zoals huisarts, huisartsenpost, apotheek) gaan uit van een volgens de ADEPD-systematiek gestructureerd en gevuld EPD. Alleen dan zijn de uitgewisselde gegevens betrouwbaar en actueel, en zijn ze bruikbaar voor bijvoorbeeld een landelijk medicatiedossier of patiëntendossier. De informatie die de huisarts in het EPD vastlegt over (co)morbiditeit, medicatie, intoleranties en allergieën, is onontbeerlijk voor de patiëntveiligheid in het algemeen en de medicatieveiligheid in het bijzonder. Naast de richtlijn ADEPD heeft het NHG ook de richtlijn *Gegevensuitwisseling huisarts en centrale huisartsenpost* geformuleerd, om de uitwisseling van gegevens tussen huisartsenpraktijk en de huisartsenpost te reguleren. Deze richtlijn bevat een opsomming van de relevante soorten gegevens uit het EPD

die samen de professionele samenvatting vormen.²

De herstructurering, oftewel het 'op orde brengen' van bestaande patiëntendossiers volgens de NHG-richtlijnen is een omvangrijke operatie. Veel huisartsen hebben nog weinig ervaring met het 'episodegericht registreren' dat centraal staat in de richtlijn ADEPD. Hetzelfde geldt voor ICPC-coderen en het actueel houden van voorschrijfgegevens.³ Belangrijk is wel dat iedereen zich aan die afspraken en regels houdt, anders wordt het EPD toch nog een onoverzichtelijke verzameling gegevens. De (nog niet altijd overal gerealiseerde) uitwisseling van gegevens tijdens ANW-diensten zal weinig toevoegen aan de patiëntenzorg als collega-huisartsen de relevante informatie moeilijk of helemaal niet kunnen vinden in de professionele samenvatting. Huisartsenpraktijken in de koploperregio Twente, die behoorden tot de eerste in Nederland die werkten met het waarnemingsdossier huisartsen en de professionele samenvatting, meldden dat het opvragen van een professionele samenvatting meestal goed werkt maar dat het vertrouwen in de dossiers van een collega een knelpunt is.⁴ Als reden noemen ze de grote variatie in de manier waarop collega-huisartsen medische gegevens opnemen in het dossier.

De EPD-scan voor huisartsen

Huisartsen die al enige tijd met ADEPD werken, hebben hun behoefte kenbaar gemaakt aan een instrument dat aangeeft of ze de patiëntgegevens wel volgens de richtlijnen registreren en waar hun blinde vlekken zitten. Het NIVEL, IQ healthcare en het NHG hebben daarom de EPD-scan voor huisartsen (EPD-scan-h) ontwikkeld, een instrument dat per praktijk aangeeft in hoeverre de dossiers op orde zijn en welke zaken beter zouden kunnen.⁵

Samenvatting

Jabaaij L, Njoo K, Visscher S, Van den Hoogen H, Tiersma W, Levelink H, Verheij R. Verbeter uw verslaglegging, gebruik de EPD-scan-h. Huisarts Wet 2009;52(5):240-6.

Het elektronisch patiëntendossier (EPD) kan zijn functie alleen goed vervullen als de huisartsenpraktijken de zorggegevens van hun patiënten gestructureerd en op uniforme wijze registreren. Het NHG heeft daarvoor de richtlijn *Adequate dossiervorming met het elektronisch patiëntendossier* (ADEPD) opgesteld. Huisartsen die zich aan die richtlijn willen houden, zullen in veel gevallen hun werkwijze bij de verslaglegging moeten veranderen en bestaande patiëntendossiers moeten herstructureren.

Het NIVEL, IQ healthcare en het NHG hebben een instrument ontwikkeld, de EPD-scan-h, waarmee huisartsen kunnen nagaan in hoeverre hun werkwijze strookt met de richtlijn en op welke punten ze de registratie kunnen verbeteren. Wij hebben de scan getest op de zorggegevens van 112.315 patiënten, afkomstig uit 32 huisartsenpraktijken die het huisartsinformatiesysteem Promedico-ASP gebruiken.

De EPD-scan-h is klaar om breder ingezet te worden. Toepassing van de scan op EPD's afkomstig uit andere huisartsinformatiesystemen zal mogelijk leiden tot aanpassing van de indicatoren en/of de referentiecijfers. De kwaliteit van de data uit verschillende systemen kan nogal uiteenlopen. Doel van de scan is vooral te signaleren op welke punten de EPD's verbeterd kunnen worden. Praktijken zouden voorrang moeten geven aan de dossiers van chronisch zieken en ouderen, omdat adequaatheid en uitwisselbaarheid van gegevens juist bij hen cruciaal is.

Nederlands instituut voor onderzoek van de gezondheidszorg NIVEL, Postbus 1568, 3500 BN Utrecht: dr. L. Jabaaij; dr. S. Visscher; dr. R.A.Verheij. Nederlands Huisartsen Genootschap, Utrecht: dr. K.H. Njoo. IQ healthcare, UMC St Radboud, Nijmegen: H. van den Hoogen, W. Tiersma. Atlas/Ned-His, Nijmegen: J.H. Levelink, huisarts, bestuurslid voor Promedico. Correspondentie: r.verheij@nivel.nl
Mogelijke belangenverstrengeling: niets aangegeven.

Het gaat bij de EPD-scan-h nadrukkelijk niet om de kwaliteit van het medisch handelen, maar om de verslaglegging.

Kwaliteitsmeting op tien indicatoren

Bij de ontwikkeling van de EPD-scan-h zijn wij uitgegaan van de registratie-eisen die ADEPD stelt. Als maatstaf voor de te meten kwaliteit namen wij de informatie die in de professionele samenvatting moet komen, zoals omschreven in de richtlijn *Gegevensuitwisseling huisarts en centrale huisartsenpost*. Zo kwamen wij tot tien indicatoren, die betrekking hebben op vier deelgebieden. De EPD-scan-h visualiseert de scores op deze indicatoren en zet ze af tegen de gemiddelden van andere praktijken, zodat de praktijk in kwestie zijn registratie gericht kan verbeteren op de punten die tekortschieten. Het gaat om de volgende indicatoren en deelgebieden.

Volledigheid en adequaatheid van de ziektegeschiedenis:

- 1 Hoeveel actieve episodes heeft een patiënt gemiddeld op zijn of haar episodelijst?
- 2 Hoeveel procent van de probleemstatuswaardige episodes heeft inderdaad het label 'bijzondere attentiewaarde'?
- 3 Hoeveel procent van de episodes op de episodelijst heeft een geldige ICPC-code?

Gestructureerd werken in het medisch journaal:

- 4 Hoeveel procent van de deelcontacten in het journaal is gekoppeld aan een episode en aan welke episodecategorie zijn de deelcontacten in dat geval gekoppeld?
- 5 Hoeveel procent van de deelcontacten die zijn vastgelegd tijdens consulten, telefonische contacten en visites heeft een S-, O-, E- of P-regel?

Compleetheit en actualiteit van het medicatieoverzicht:

- 6 Hoeveel procent van de voorschriften op de lijst 'actuele medicatie' is ten onrechte als actuele medicatie gelabeld?
- 7 Hoeveel procent van de voorschriften is gekoppeld aan een episode?
- 8 Hoeveel procent van de voorschriften is gekoppeld aan een episode met een geldige ICPC-code?

Medicatiebewaking:

- 9 Van hoeveel patiënten is een geneesmiddelenallergie of -intolerantie geregistreerd?
- 10 Van hoeveel patiënten is een contra-indicatie geregistreerd?

Getest in 32 huisartsenpraktijken

De EPD-scan-h is uitgetest in een groep van 32 huisartsenpraktijken. Twaalf daarvan bevinden zich in de koploperregio Nijmegen, de overige nemen deel aan het Landelijk Informatie Netwerk Huisartsenzorg (LINH). Alle praktijken gebruikten het huisartsinformatiesysteem (HIS) Promedico-ASP, dat toepassing van ADEPD actief ondersteunt. Elf praktijken gebruikten de ASP-versie van Promedico al langer dan een jaar, de overige waren in het jaar voorafgaand aan de meting op dit systeem overgegaan. De praktijken stelden de geanonimiseerde zorggegevens van alle ingeschreven patiënten over 2007 beschikbaar om de indicatoren te berekenen. Wij includeerden alleen patiënten die gedurende het hele jaar in een praktijk waren ingeschreven en verkregen zo een bestand van 112.315 patiënten. Voorafgaand aan de analyses hebben wij de gegevens gewogen naar leeftijd en geslacht om verschillen in praktijkopbouw te neutraliseren. De deelnemende praktijken ontvingen een feedbackrapportage waarin hun eigen resultaten waren uitgezet tegen die van alle deelnemende praktijken. Zij kunnen de feedback gebruiken om regionaal of binnen de eigen praktijk de registratiegewoontes te bespreken en na te gaan waarom men registreert zoals men registreert en op welke punten de registratie kan worden verbeterd.

De kern

Elektronische patiëntendossiers (EPD's) spelen een centrale rol bij de uitwisseling van gegevens in de gezondheidszorg. De patiëntveiligheid is gebaat bij een EPD waarin de gegevens volledig, gestructureerd en uniform zijn vastgelegd. Daartoe heeft het NHG de richtlijn ADEPD opgesteld. Met de EPD-scan-h kunnen huisartsen nagaan in hoeverre zij registreren volgens deze richtlijn en op welke punten hun dossiervorming beter kan, en die punten vervolgens gericht aanpakken. De scan is te gebruiken met verschillende huisartsinformatiesystemen.

Bij het op orde brengen van de EPD's zouden de dossiers van chronisch zieken en ouderen voorrang moeten krijgen. Het is juist voor deze patiënten cruciaal dat de gegevens up-to-date en uitwisselbaar zijn.

De eerste resultaten

We beschrijven hier de resultaten voor drie indicatoren; de andere vatten wij kort samen. Voor een overzicht van alle indicatoren kunt u het rapport raadplegen.⁵

Volledigheid en adequaatheid van de ziektegeschiedenis: episodes met een probleemstatus of bijzondere attentiewaarde

Om in een (lange) episodelijst de belangrijkste episodes in één oogopslag te kunnen zien, kunnen aandoeningen de probleemstatus krijgen ofwel, in de ADEPD-terminologie, het label 'epi-

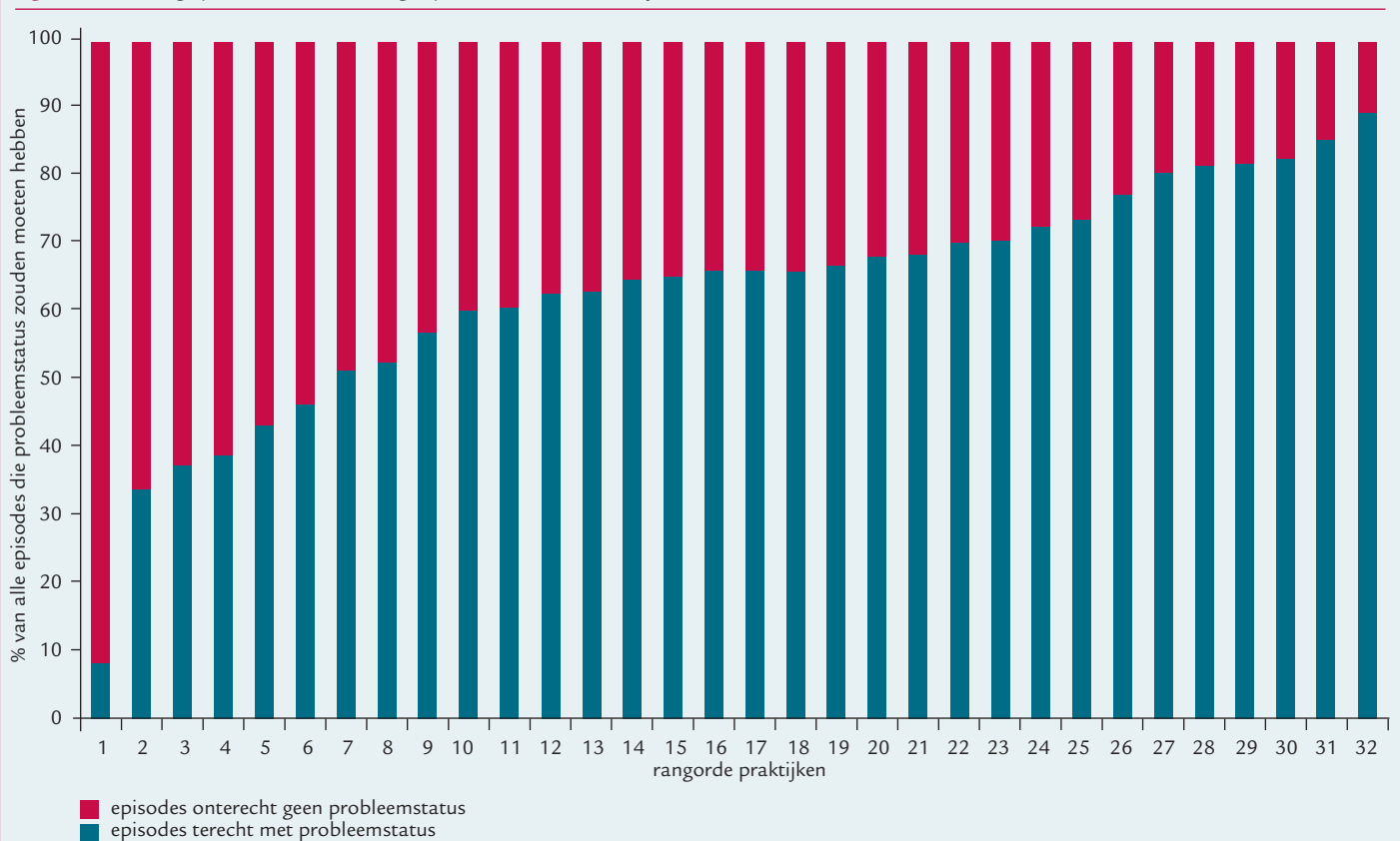
sode met bijzondere attentiewaarde'. Deze episodes verschijnen dan bovenaan in het overzichtsscherm. Hiddema en collega's hebben een lijst opgesteld van 122 ICPC-codes die in aanmerking komen voor de probleemstatus.⁶ De EPD-scan-h stelt vast welk percentage van de episodes met zo'n ICPC-code ook inderdaad het label 'episode met bijzondere attentiewaarde' heeft gekregen. Ontbreekt dat label – terwijl de episode er dus wél voor in aanmerking kwam – dan kan de aandoening ondergesneeuwd raken in een uitgebreide episodelijst en dat kan de (waarnemend) huisarts voor problemen stellen.

De huisartsen in onze 32 praktijken hadden 66% van de episodes die volgens Hiddema de probleemstatus verdienen inderdaad het label 'bijzondere attentiewaarde' gegeven. Hiddema zelf heeft aangegeven dat de lijst een hulpmiddel is en geen dwingend voorschrift. Enige variatie is dus te verwachten en een score van 100% is niet noodzakelijk. Maar de verschillen tussen de praktijken zijn wel erg groot, zoals *figuur 1* laat zien. De praktijken links in de figuur zijn ófwel slordig, óf ze hanteren andere criteria dan Hiddema. Deze praktijken kregen het advies om de betreffende episodes nog eens goed na te lopen. Het maakte op deze indicator overigens geen verschil of een praktijk langer dan wel korter dan een jaar met Promedico-ASP werkte.

Episodes met ICPC-code

In het EPD moeten alle episodes voorzien zijn van een geldige

Figuur 1 Percentage probleemstatuswaardige episodes met het label 'bijzondere attentiewaarde'



Er is gestandaardiseerd naar leeftijds- en geslachtsverschillen tussen praktijkpopulaties.

ICPC-code. Deze indicator geeft weer in hoeverre dat het geval is. De EPD-scan-h onderscheidt drie categorieën:

- ▶ correct gebruik: klachten in het bereik 01-29 en diagnoses in het bereik 70-99 (voor elk ICPC-hoofdstuk), plus de ICPC-codes A44 (inenting), R44 (influenzavaccinatie) en X37 (cervixuitstrijkje bevolkingsonderzoek);
- ▶ mogelijk incorrect gebruik: A97 (geen ziekte) of A99 (andere gegeneraliseerde of niet gespecificeerde ziekte) als vluchtcode;
- ▶ incorrect gebruik: de code ontbreekt geheel of komt uit het niet toegestane bereik (30-69, met uitzondering van A44, R44 en X37).

We hebben de scores opgesplitst naar praktijken die al vóór 2007 Promedico-ASP gebruikten en praktijken die in 2007 op dit systeem overstapten (figuur 2). Het percentage ongecodeerde of niet-toegestane episodes was bij de meeste praktijken gering. De praktijken die al langer dan een jaar over waren op de ASP-versie, hadden de beste scores, wat doet vermoeden dat het bij het toekennen van ICPC-codes duidelijk verschil maakt welke HIS-versie men gebruikt.

A97 en A99 zijn geldige ICPC-codes als ze voor relevante aandoeeningen of situaties worden gebruikt, maar worden in de praktijk nogal eens aangewend als 'vluchtcodes' voor zaken die de arts niet tot de serieuze klachten of diagnoses rekent, of als deze het zo snel niet weet. Geruststellend is de observatie dat het gebruik

van deze codes niet of nauwelijks hoger is bij de praktijken die Promedico-ASP al langer gebruikten.

Medicatiebewaking

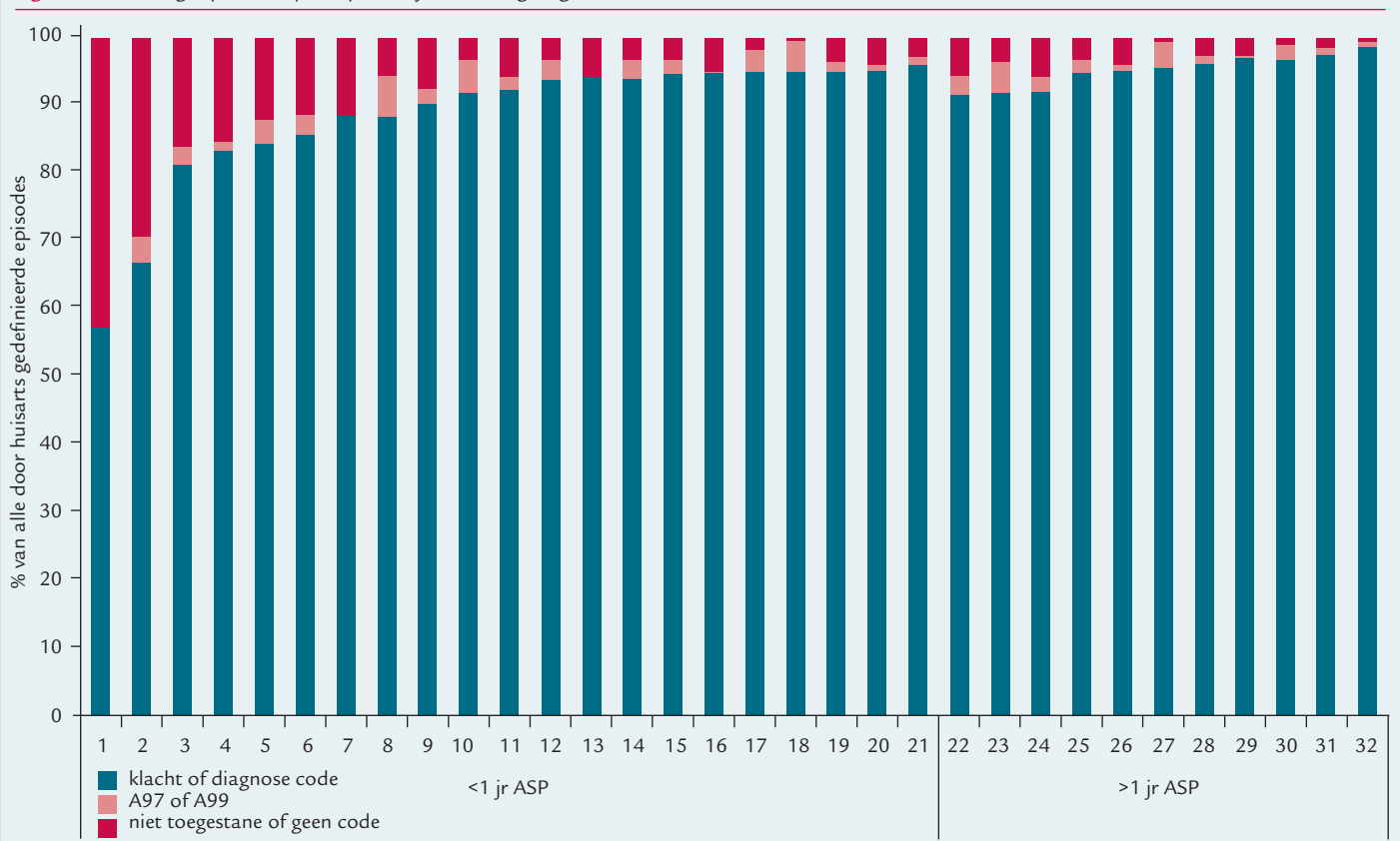
De huisartsen in de testgroep registreerden bij 6% van hun patiënten een geneesmiddelenallergie of -intolerantie, maar er waren grote verschillen tussen de praktijken (figuur 3). Welk percentage men op voorhand mag verwachten is niet goed aan te geven, maar het is moeilijk te geloven dat in de ene praktijk slechts 1% van de patiënten een geneesmiddelenintolerantie heeft en in een andere praktijk 17%. Dit wijst op verschillen in registratie. Mogelijkerwijs registreert de ene praktijk elke melding, ook van geringe bijwerkingen, en hanteert de andere strengere criteria. Aangezien we de gegevens hebben gestandaardiseerd naar leeftijd en geslacht kunnen verschillen in de praktijksamenstelling de uiteenlopende percentages niet verklaren. Standaardiseren naar sociaal-economische status was door het ontbreken van gegevens niet mogelijk, en het is dus onduidelijk in hoeverre deze nog een rol speelt.

De andere indicatoren

Ook andere indicatoren lieten grote verschillen in registratiegedrag zien.

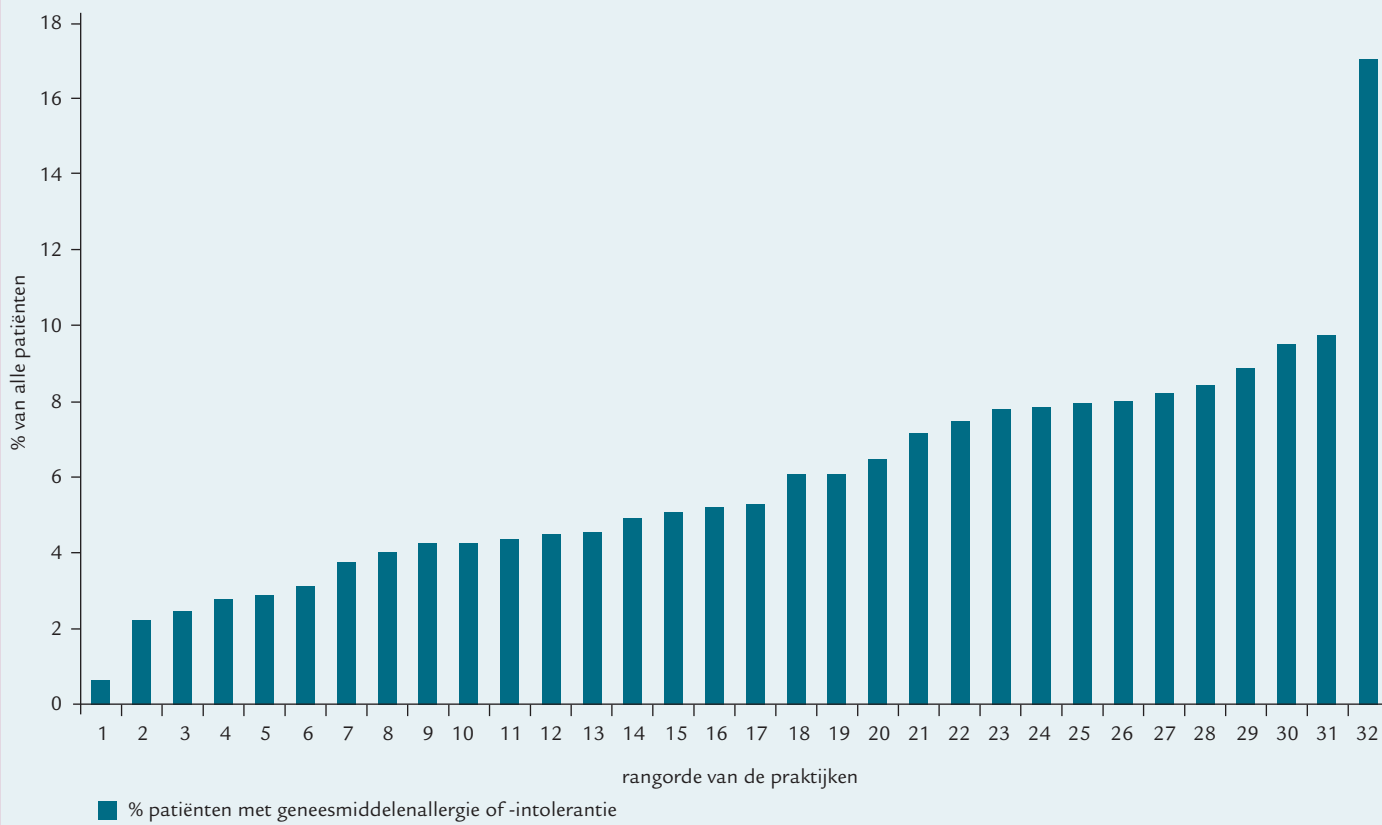
- ▶ ICPC-coderen is nog geen gemeengoed: tussen de 57 en 99% van de episodes was gecodeerd met een ICPC-code (mediaan 95%; geen verschil tussen praktijken die korter of langer dan

Figuur 2 Percentage episodes op de episodelijst met een geldige ICPC-code



Er is gestandaardiseerd naar leeftijds- en geslachtsverschillen tussen praktijkpopulaties.

Figuur 3 Percentage patiënten van wie een geneesmiddelenallergie of -intolerantie is geregistreerd



Er is gestandaardiseerd naar leeftijds- en geslachtsverschillen tussen praktijkpopulaties.

een jaar Promedico-ASP gebruiken).

- ▶ Deelcontacten werden nog niet altijd aan episodes gekoppeld, zo blijkt uit de grote spreiding op deze indicator: tussen 62 en 100% (mediaan 88%).
- ▶ Hetzelfde geldt voor recepten: tussen 33 en 99% van de recepten was gekoppeld aan een episode (mediaan 79%).
- ▶ Op de episodelijsten van de afzonderlijke patiënten liep het gemiddelde aantal episodes in de verschillende praktijken uiteen van 1,9 tot 6,2 (mediaan 3,1). Aangezien wij de gegevens hebben gestandaardiseerd voor leeftijds- en geslachtsverschillen kan de praktijksamenstelling hiervoor niet verantwoordelijk zijn.
- ▶ Op het 'actuele medicatieoverzicht' in de professionele samenvatting stonden bij een aantal praktijken recepten die al langer dan een halfjaar geleden waren voorgeschreven. Bij tien praktijken was dit zelfs meer dan een kwart van alle recepten. Het is onwaarschijnlijk dat de patiënten deze medicijnen zo lang na de voorschrijfdatum nog gebruikten.

Referentiecijfers

Voor alle indicatoren geldt dat er grote verschillen zijn tussen de praktijken in registratiegedrag. Dit was niet te verklaren uit verschillen in praktijkopbouw, aangezien de gegevens voorafgaand aan de analyses zijn gewonnen.

Men kan de indicatoren overigens niet in alle gevallen interpreteren in de zin van 'hoe hoger hoe beter'. Elke sterke afwijking

van het gemiddelde, zowel naar boven als naar beneden, moet aanleiding zijn om het registratiegedrag te onderzoeken.

Praktijken die Promedico-ASP langer dan een jaar gebruikten, scoorden op een aantal indicatoren beter dan praktijken die recentelijk waren overgestapt. Dit gold met name voor indicatoren die betrekking hebben op recentelijk ingevoerde gegevens. Medicatie bijvoorbeeld was in de dossiers van praktijken die Promedico-ASP al langer gebruikten vaker gekoppeld aan episodes en/of aan een ICPC-code. Ook stond er minder 'oude' medicatie op de medicatieoverzichten. Voor andere indicatoren, zoals contra-indicaties of probleellijsten, is actief handelen van de huisarts nodig om de registratie up-to-date te krijgen. 'Oude' data werken hier langer door.

Het is in dit stadium niet mogelijk streefcijfers te bepalen voor de indicatoren van de EPD-scan-h. Er is geen 'gouden standaard' waartegen de resultaten kunnen worden afgezet. Wel kunnen de resultaten van de deelnemende praktijken een eerste aanzet geven tot het vaststellen van referentiecijfers. Maar uiteindelijk bepaalt de beroepsgroep zelf aan welke minimumeisen de registratie moet voldoen.

Gebruik in de praktijk

De inhoud van het EPD heeft een dynamisch karakter en is vaak het resultaat van vele jaren registreren. Oude registratieroutines werken lang door en eerdere conversies naar bijvoorbeeld een ander HIS hebben hun weerslag op de gepresenteerde data. De

ASP-versie van Promedico dwingt huisartsen te registreren volgens de ADEPD-richtlijn. De EPD-scan-h laat zien in hoeverre het EPD op een bepaald moment beantwoordt aan de richtlijn. Een huisartsenpraktijk kan de resultaten van de scan gebruiken voor gerichte interventies: waar zitten de zwakke plekken in de registratie, wat zijn punten voor verbetering en welke daarvan gaat de praktijk als eerste aanpakken?

Praktijken kunnen (bijvoorbeeld in regionaal verband) door het NIVEL een EPD-scan-h laten uitvoeren. Om de kwaliteit van het EPD op een hoger niveau te brengen kan men dit traject combineren met een opleiding 'registreren volgens de ADEPD-richtlijn'. Bij de implementatie zou ook de huisartsenpost of regionale ondersteuningsstructuur zo nodig kunnen helpen.

De resultaten van de EPD-scan-h zijn vooral bedoeld als signaal aan de huisarts. De scan geeft aan op welke punten er winst te behalen is. Het gaat er dan niet alleen om nieuwe registratieroutines aan te leren, maar ook om met terugwerkende kracht de 'oude data' op orde te brengen. Dat kost tijd. Men kan tijdswinst boeken door zich in eerste instantie te beperken tot die dossiers waar snelheid en betrouwbaarheid van cruciaal belang zijn. Dit zijn vooral de dossiers van patiënten met chronische ziekten, van wie – wanneer ze op de huisartsenpost belanden – de dienstdoende huisarts snel een actuele en betrouwbare medicatie- en ziektegeschiedenis moet kunnen opvragen. Deze groep vormt ongeveer 20% van de huisartsenpopulatie, dus bij een landelijk gemiddelde van 2300 ingeschreven patiënten gaat het om ongeveer 450 dossiers per praktijk. Men zou ook kunnen beginnen met bijvoorbeeld de dossiers van personen die voor de griepvaccinatie geselecteerd zijn.

Hieronder volgt een aantal acties die huisartsenpraktijken met de feedbackrapportage in de hand zouden kunnen ondernemen.

Volledigheid en adequaatheid van de ziektegeschiedenis

Praktijken kunnen de resultaten op deze indicatoren vergelijken met die van collega-praktijken. Het criterium zou kunnen zijn dat de score niet meer dan één standaarddeviatie van het gemiddelde af mag liggen. Om het verbeteringsproces op weg te helpen zou de praktijk een lijst kunnen aanleggen van patiënten bij wie ooit een episode met bijzondere attentiewaarde is geregistreerd, bijvoorbeeld diabetes. Met deze lijst kunnen praktijken gericht aan de slag gaan om het episodeoverzicht op orde te krijgen bij die patiënten.

Men zou de volledigheid van de ziektegeschiedenis of van episodes met bijzondere attentiewaarde ook kunnen analyseren aan de hand van de medicatiegegevens:

- ▶ bij antidepressiva: is de diagnose 'depressie' of aanverwante diagnose geregistreerd?
- ▶ bij insuline: is de diagnose 'diabetes mellitus' dan ook terug te vinden?
- ▶ bij meerdere recepten of bij combinaties van recepten voor astma of COPD in combinatie met een longfunctiemeting: bevat het dossier een astma- of COPD-relateerde diagnose?

Abstract

Jabaaï L, Njoo K, Visscher S, Van den Hoogen H, Tiersma W, Levelink H, Verheij R. Improve your records – use the EPD-scan-h. *Huisarts Wet* 2009;52(5):240-6.

Electronic patient records (EPRs, or elektronisch patiëntendossier, EPD) will fulfil their function only if general practices record patient data in a structured and uniform manner. To facilitate this, the Dutch College of General Practitioners (NHG) has developed the guideline 'Adequate record keeping in electronic patient records' (ADEPD). In many cases, general practitioners who wish to follow the guideline will have to change the way they enter data in patient records and adapt existing records. The Netherlands Institute for Health Services Research (NIVEL), IQ healthcare, and the NHG have developed the EPD-scan-h, an instrument to help GPs to identify which aspects of their record keeping they need to change or improve. The scan has been tested using data for 112,315 patients from 32 general practices that use the Promedico-ASP GP information system. The scan can also be used with other GP information systems, although the different quality of the various systems means that indicators and reference data may need to be adapted. The aim of the scan is to identify aspects of the EPR that need to be improved. General practices should give priority to the records of elderly patients and patients with chronic diseases because the availability of adequate and accessible information and data is crucial to the management of these patient groups.

Gestructureerd werken in het medisch journaal

De indicatoren in dit deelgebied geven inzicht in de vraag in hoeverre de praktijk deelcontacten en andere gegevens koppelt aan episodes. Zo'n koppeling maakt het mogelijk om per episode een selectie van de relevante gegevens te tonen, zodat men niet hoeft te zoeken en scrollen in een algemeen journaal. Wanneer gaat deze koppeling mis: tijdens consulten, telefonische contacten of visites, of bij het invoeren van correspondentie of uitslagen?

Compleetheid en actualiteit van het medicatieoverzicht

Bij deze indicatoren gaat het erom of de actuele medicatie goed bijgehouden is, en in hoeverre medicatie is gekoppeld aan een episode. Aan medicatie die niet meer actueel is moet een einddatum toegevoegd worden. Alle medicatie moet voorzien zijn van een ICPC-code en aan een episode zijn gekoppeld. Vooral herhalingsreceptuur zal vaak 'ongekoppeld' zijn, omdat de assistente deze invoert. De huisarts zou bijvoorbeeld voor patiënten die medicatie voor een chronische ziekte voorgeschreven krijgen een medicatiereview kunnen doen en daarbij het (geregistreerde) actuele medicijngebruik nog eens kritisch onder de loep nemen.

Medicatiebewaking

Waarom scoren sommige praktijken laag of erg hoog op deze indicatoren? Aan de hand van een checklist kan de praktijk nagaan of er bijvoorbeeld contra-indicaties zijn geregistreerd bij bepaalde diagnoses.



Foto: Shutterstock/akva

Tot slot

De EPD-scan-h is klaar voor gebruik: de indicatoren zijn uitgetest en de eerste referenciecijfers zijn beschikbaar. Voor praktijken die Promedico-ASP gebruiken is extractieprogrammatuur ontwikkeld om de EPD-scan-h te kunnen uitvoeren. Voor een aantal andere huisartsinformatiesystemen is dit traject in een vergevorderd stadium. De ervaring binnen LINH leert dat de kwaliteit van de registratie behoorlijk kan verschillen, al naar gelang het HIS van herkomst. Het optimaliseren van het EPD is een kwestie van een lange adem. Het uiteindelijke doel is een elektronisch patiëntendossier dat adequate en betrouwbare gegevensuitwisseling mogelijk maakt. De EPD-scan-h geeft huisartsenpraktijken een instrument in handen waarmee zij zelf stapsgewijs hun registratiegedrag zoveel mogelijk kunnen aanpassen aan de richtlijn ADEPD.

Wilt u de EPD-scan-h toepassen?

Een beschrijving van de (HIS-onafhankelijke) indicatoren en de referenciecijfers vindt u in het rapport.⁵ U kunt dit rapport downloaden van <http://www.linh.nl> (in het zoekscherm EPD-scan-h intypen) en gebruiken om zelf een EPD-scan-h uit te voeren. In de praktijk zal het echter niet altijd gemakkelijk zijn de eigen gegevens te extraheren en te interpreteren. Het NIVEL kan hierbij geen ondersteuning bieden.

Wel kunnen praktijken in regionaal verband de EPD-scan-h laten

uitvoeren door het NIVEL. Zij moeten dan de EPD-gegevens aanleveren aan het NIVEL, bijvoorbeeld via de ASP-provider. Het NIVEL berekent de indicatoren en levert vervolgens elke praktijk afzonderlijk een feedbackrapport met suggesties voor verbetering. De andere praktijken uit de regio fungeren daarbij als referentiegroep. Met het feedbackrapport in de hand kan de praktijk vervolgens zelf aan de slag gaan in het EPD om de registratie te verbeteren.

Meer informatie kunt u vinden op <http://www.linh.nl>.

Literatuur

- 1 Richtlijn Adequate Dossiervorming met het Elektronisch Patiëntendossier (ADEPD). Utrecht: NHG, 2009. In druk.
- 2 Richtlijn Gegevensuitwisseling huisarts en Centrale Huisartsenpost (CHP). Versie 2. Utrecht: NHG/NICTIZ, 2005.
- 3 Gebel RS. Informatie in medicatiedossier onvoldoende actueel. Med Contact 2006;61:1610.
- 4 Burger T. Succes waarneemdossier huisartsen is kwestie van vertrouwen. Enschede: Telematica Instituut/TNO, 2007.
- 5 Jabaaij L, Verheij R, Njoo KH, Van den Hoogen H. Het meten van de kwaliteit van de registratie in elektronische patiëntendossiers van huisartsen met de EPD-scan-huisartsen. Utrecht: NIVEL/NHG/WOK, 2008.
- 6 Hiddema-van der Wal A, Van der Werf GTh, Meyboom-de Jong B. Welke ICPC-codes willen huisartsen automatisch laten toevoegen aan de probleemlijst? Huisarts Wet 2003;46:539-43.